

شد تا مدیریتی بر هزینه‌ها اتفاق بیفتد، بدون اینکه خدمات کاهش پیدا کند.

❖ بخشی از این افزایش هزینه به دلیل خرید منفعلانه بیمه‌ها است؛ یعنی بیمه‌ها نقش بیمه‌ای ندارند و فقط به عنوان یک صندوق و قلم عمل می‌کنند.

❖ واژه قلم را نمی‌پسندم. در واقع بهتر است بگوییم مسیری برای انتقال پول یا یک صندوق است، چون اهداف بیمه خیلی بالاست. بالاخره سازمان‌های بیمه‌گر بایستی خرید راهبردی داشته باشند و این خرید راهبردی قاعدتاً یکی از مسیرهایی است که سازمان‌های بیمه‌گر باید برای رسیدن به آن تلاش کنند. یکی از مسائلی که در مسیر راهبردی شدن خرید خدمات پیش آمد، کاهش قدرت سازمان‌های بیمه‌گر برای خرید راهبردی است؛ یعنی در واقع به نوعی خرید راهبردی در سازمان‌های بیمه‌گر تحت الشعاع قرار گرفته است.

❖ تحت الشعاع چه چیزی قرار گرفته است؟

❖ هم طرح تحول و هم نظام ارائه خدمت در کشور. در سازمان تأمین اجتماعی در دو مقوله بر روی خرید راهبردی کار می‌کنیم. یکی بحث کنترل هزینه که به نوعی خرید راهبردی محسوب می‌شود؛ یعنی ما با همکاری کارشناسان وزارت بهداشت تعریف کردیم که صرفاً خدمات باید خریده بشود و نه حواشی آن‌ها، دوم اینکه از طریق شرکت‌های TPCO خرید راهبردی دارو را شکل می‌دهیم. در خرید راهبردی دارو خرید به صورت عمده انجام می‌شود و قاعدتاً حاشیه سود کارخانه‌ها کم شده و در حجم بالای فروش جبران می‌گردد و به این طریق درصد قابل توجهی از هزینه‌های بیمه کاسته می‌شود. این‌ها در واقع روش‌های خرید راهبردی است که در حوزه درمان اتفاق می‌افتد و در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی اجرا می‌شود. ولی در این زمینه کارهای بسیار دیگری نیز می‌توان انجام داد. خرید راهبردی دامنه وسیعی دارد و من فکر می‌کنم همه کارگزاران و کنشگران حوزه سلامت می‌توانند در این زمینه وارد شوند.

❖ همان طور که اقتصاد سلامت هم به آن رسیده است بیمه‌ها می‌توانند محور سیاست‌های پیشگیری باشند. چرا که با این سیاست‌ها هزینه‌ها پایین می‌آید و این انگیزه هم به طور ذاتی در نظام بیمه‌ای کشور وجود دارد.

❖ من به سؤال ایراد دارم. این انگیزه به طور ذاتی وجود ندارد. ما در اینجا خلاء قانونی داریم. ما در قانون سازمان تأمین اجتماعی بحث پیشگیری از بیماری، خدمات اولیه مثل واکسیناسیون و آموزش بهداشت را نداریم. در قانون تأمین اجتماعی کاملاً تعریف شده است که ما چه خدماتی را باید ارائه کنیم، این خدمات بیشتر خدمات ناشی از سوانح، بیماری‌ها، زایمان و بارداری است و فراتر از این قانون نباید کاری را انجام دهیم. همیشه پیشگیری ارزان‌تر است و باعث می‌شود تا در سال‌های آینده هزینه‌های کمتری را انجام بدهیم. با این دیدگاه قدم‌هایی در سازمان برداشته شده است. نمی‌گوییم قدم‌های بزرگ و بلندی برداشته‌ایم ولی کار شروع شده است. سال گذشته وقتی کتاب ارزش نسبی خدمات را بازنگری می‌کردیم حدود ۳۰۰ خدمت به خدمات کتاب اضافه شد که تعداد قابل توجهی از خدمات، خدمات پیشگیرانه بود یعنی بیمه‌ها وارد این کارزار شدند و قبول کردند که خدمات آموزش بهداشت دهان و فلورایدترابی را ارائه کنند. همچنین در بحث تغذیه وارد شدند و هزینه‌های بهداشت تغذیه را پرداخت کردند. بهداشت روان و آموزش‌های بهداشت روانی و سایر مشاوره‌ها و روان درمانی‌ها در کتاب وارد شد و عملاً به عنوان خدمات پرداختی بیمه‌ها تلقی گردید. همه این‌ها جنبه‌هایی از خدمات پیشگیرانه‌ای است که وارد کتاب شد و بیمه‌ها هم قبول کردند. این مسئله سابقه نداشته و ما برای اولین بار شاهد این هستیم که این نگرش در بیمه‌ها ایجاد شده و امیدوارم و اعتقاد دارم قابل گسترش است.

❖ نداشتن انگیزه ذاتی به خاطر این است که بیمه‌های ما بیشتر دولتی هستند و انگیزه صرفه‌جویی در منابع هم وجود

ندارد. در خیلی از کشورها سیاست‌های پیشگیری محوری مثل پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت که در کشور ما هم بنا بود انجام بشود و به شکست خورد، توسط بیمه‌ها انجام می‌شود اما در کشور ما این گونه نیست، تأمین اجتماعی این آمادگی را ندارد که پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت را انجام بدهد؟

❖ سؤال خوبی است؛ اما من ۲ اشکال به این سؤال وارد می‌دانم. یک اینکه ما قبول نداریم پزشک خانواده شکست خورده است. دوم این که سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان دولتی نیست نهاد عمومی غیردولتی است. ارتباطمان با دولت آنجایی است که مدیرعامل سازمان را وزیر رفاه پیشنهاد می‌کند. این ارتباط وجود دارد اما منابع و هزینه‌های سازمان مرتبط با دولت نیست و کاملاً متکی بر منابع داخلی سازمان هستیم. ما در ماه ۳۲۰۰ میلیارد تومان مستمري می‌دهیم این مبلغ هدفمندی یارانه‌ها مقایسه کنید و حتی یک روز هم در این پرداخت تأخیر نشده است بدون شک ما باید به سمت یک نظام ارجاع دقیق و کامل در کشورمان حرکت کنیم و پزشک خانواده را به عنوان محور ارائه خدمات بشناسیم، در این زمینه شاید موفق عمل نکردیم. در ۲ استانی که داریم این کار را انجام می‌دهیم ۲ گونه کار می‌کنیم و در هر دو استان هم ناقص عمل می‌کنیم. در یکجا خط سوم را اصلاً تعریف نکردیم و در یکجا از مراجعه‌کننده فرانشیز می‌گیریم که این‌ها همه خلاف نسخه ۰۲ نظام ارجاع و پزشک خانواده است. اگر این نظام به درستی انجام شود قاعدتاً هزینه‌های درمانی به موقع و به خوبی پرداخت خواهد شد. کشور در اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده دچار اشکال است. البته تأکید می‌کنم که در خیلی از کشورهای جهان چند سال طول کشید تا این نظام کامل اجرا شد. یکی از مسائل ما این است که ستاد کشوری نظام ارجاع زیاد قوی عمل نمی‌کند. جلسات به موقع تشکیل نمی‌شود و سیاست‌گذاری خوب و به موقعی را انجام نمی‌دهد. به همین دلیل طرح ارجاع در دو استان گیلان و مازندران مانده است و به دیگر استان‌ها توسعه نمی‌یابد. قاعدتاً ما به عنوان سازمان بیمه‌گر همه هزینه‌های طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده را تقبل می‌کنیم چون به این طرح اعتقاد راسخ داریم.

❖ به جای اینکه در قانون اجرای این طرح به وزارت بهداشت محول بشود اگر به سازمان‌های بیمه‌گر محول می‌شد، شاید الآن اوضاع بهتری داشتیم.

❖ حرف درستی است. باید بین خریدار و ارائه‌دهنده خدمت تفکیک قائل شد، اگر نه دچار یک منازعه خواهیم شد و این را باید کاملاً مورد توجه قرار دهیم، در سازمان تأمین اجتماعی این تفکر وجود دارد، شما در دوره‌های قبل هم شاهد بودید در زمان ریاست دکتر حافظی سازمان تأمین اجتماعی طرح پزشک امین را در همین راستا شروع کرد. مقاومت‌ها و مخالفت‌هایی شد، چون شاید با وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت هماهنگ نبود و نهایتاً کار متوقف شد. من نمی‌خواهم تحلیلی در زمینه طرح پزشک امین داشته باشم ولی می‌خواهم بگویم آن بحث و شروع پزشک امین در راستای همین مسائلی است که مطرح شد و این نشان‌دهنده انگیزه‌های قوی در سازمان برای اجرای نظام پیشگیری است. در مورد نسخه الکترونیک هم باید بگویم که ما در سازمان تأمین اجتماعی در طول یک سال گذشته کارهای زیادی را در این زمینه شروع کردیم و خوشبختانه از حدود ۲ ماه قبل در استان یزد طرح نسخه الکترونیک عملیاتی شد. به خصوص در رشته‌هایی که داروهای بسیار گران‌قیمتی را نسخه می‌کنند که در آنجا هدر رفت منابع خیلی زیادی داریم و هزینه‌های بسیار زیادی را برای سازمان ایجاد می‌کند. امیدواریم یک سال و نیم بعد بتوانیم نسخه الکترونیک را در همه کشور و همه تخصص‌ها اجرا کنیم. اما بحث پرونده الکترونیک هم که یک بعد وسیع‌تر این پروسه است را ابتدا با استقرار HIS در بیمارستان‌ها شروع کردیم. من خوشحالم که عرض کنم در پایان سال ۹۴ جشن استقرار HIS را در همه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سازمان جشن خواهیم گرفت. این کار بسیار بزرگ و پایداری است که اتفاق افتاد و به دنبال آن پرونده الکترونیک بیماران را در بیمارستان‌هایمان خواهیم داشت. مقدمات تبادل اطلاعات بین

پرونده دوم

■ طرح تحول
نظام سلامت



کشور در اجرای
نظام ارجاع و
پزشک خانواده
دچار اشکال است،
یکی از مسائل
ما این است که
ستاد کشوری نظام
ارجاع زیاد قوی
عمل نمی‌کند.
جلسات به موقع
تشکیل نمی‌شود
و سیاست‌گذاری
خوب و به موقعی
را انجام نمی‌دهد.
به همین دلیل طرح
ارجاع در دو استان
گیلان و مازندران
مانده است